

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1943

N°

44

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Monique MOREL

Née le 15 Août 1912, à Reims (Marne)
Ancienne Interne des Hôpitaux de Reims

Présentée et soutenue publiquement le 18 MARS 1943. 1943

Les
syphilides papulo-granuleuses
de Fournier

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE
2, Rue Casimir - Delavigne

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MOREL.**

Prénoms : **Monique.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

MOREL (Monique). —

Les syphilides papulo-granuleuses
de Fournier. — *Paris, Librairie*
Arnette, 1943, in-8 r., 36 pages.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943,*
n°).

MOREL (Monique). —

Les syphilides papulo-granuleuses
de Fournier. — *Paris, Librairie*
Arnette, 1943, in-8 r., 36 pages.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943,*
n°).

MOREL (Monique). —

Les syphilides papulo-granuleuses
de Fournier. — *Paris, Librairie*
Arnette, 1943, in-8 r., 36 pages.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943,*
n°).

MOREL (Monique). —

Les syphilides papulo-granuleuses
de Fournier. — *Paris, Librairie*
Arnette, 1943, in-8 r., 36 pages.

(*Th. méd. (Et.), Paris, 1943,*
n°).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

N°.....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Monique MOREL

Née le 15 Août 1912, à Reims (Marne)

Ancienne Interne des Hôpitaux de Reims

Présentée et soutenue publiquement le.....1943

Les
sypphilides papulo-granuleuses
de Fournier

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE
2, Rue Casimir - Delavigne

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
	HARVIER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LAIGNEL - LAVASTINE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	CADENAT.
	QUÉNU.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	PORTES.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCQ.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
	DOGNON.
Professeurs sans chaire	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES ...	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	LANTUÉJOUL .	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	M ^{me} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE		MOLLARET ...	Pathologie médicale.
(Roger)	Urologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL-	Pathologie chirurgicale
DEGREZ (H.)..	Physique.	LIS	
DESOILLE	Médecine légale.	RENARD	Ophtalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN-		SOULIE	Pathologie médicale.
TANO	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} GAUTHIER-			
VILLARS ...	Anatomie pathologique		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN...	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		DE GAUDART	
CHEVALLIER.		D'ALLAINES.	
LAROCHE (G.).		MOULONGUET.	
LIAN		MCURE.	
MOREAU.			
SÉZARY.			
MM.	}	Clinique obstétricale	
ECALLE.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	 Radiologie clinique.
DECHAUME	 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MARI

A MON FILS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

qui m'a fait le grand honneur d'être mon président de thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SEZARY

*qui m'a donné le sujet de cette thèse et m'a
soutenue de ses conseils.*

A MES ANCIENS CHEFS DE SERVICE
DANS LES HOPITAUX DE REIMS

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LARDENNOIS
MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUINET

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR RAILLET
MESSIEURS LES PROF. LARDENNOIS et BILLARD
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUVIER
MONSIEUR LE DOCTEUR LANGLET

INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR DELATTRE
MESSIEURS LES PROF. LARDENNOIS et BILLARD
MONSIEUR LE DOCTEUR FOSSIER
MONSIEUR LE DOCTEUR MORANGE

INTRODUCTION

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'examiner dans le service de notre maître le professeur SÉZARY une femme atteinte d'une forme tout à fait spéciale de syphilis secondaire dont la description correspond complètement à ce que FOURNIER a décrit sous le nom de Syphilides papulo-granuleuses.

Cette observation présente de l'intérêt parce que c'est une forme assez rare, décrite magistralement par FOURNIER. C'est une forme de diagnostic souvent difficile du fait de l'apparition de symptômes anormaux dans la syphilis secondaire et en particulier du prurit. Enfin c'est une forme qui a donné lieu à des discussions pathogéniques sur l'association syphilitico-tuberculeuse. De plus nous avons pu faire l'étude histologique de ces syphilides et avons pu mettre en présence dans les lésions les spirochètes et les granules spirochétogènes.

Nous résumerons d'abord brièvement l'observation de cette maladie. Nous verrons ensuite que cette

observation correspond bien à la description de FOURNIER. Enfin, nous terminerons en montrant les difficultés diagnostiques et les problèmes pathogéniques que pose cette forme.

OBSERVATION

La malade, âgée de 27 ans, entre dans le service du professeur SÉZARY le 16 novembre 1942 pour une éruption cutanée.

Cette éruption a débuté trois semaines auparavant au niveau de la nuque, puis a gagné la face, les membres supérieurs; elle a atteint en dernier lieu le thorax et l'abdomen, et a respecté, au moins jusqu'à l'entrée à l'hôpital, la totalité des membres inférieurs. Son apparition s'est accompagnée de quelques troubles généraux, courbature légère, et d'une dysphagie transitoire. L'interrogatoire apprend également que cette éruption est prurigineuse, surtout le soir, et qu'elle a été précédée huit jours auparavant de l'éclosion de quelques macules d'un rose violacé que la malade a remarquées surtout sur l'avant-bras gauche.

Par ailleurs, pas d'accident primaire connu, aucune affection antérieure.

A l'examen, l'éruption atteint actuellement d'une façon prédominante le dos et la poitrine; les éléments sont disposés assez symétriquement par rapport à la ligne médiane; très abondants sur cette

ligne où ils ont tendance à confluer ils deviennent plus espacés les uns des autres sur les parois latérales où ils sont séparés par des intervalles de peau saine de plusieurs centimètres. Ils sont moins abondants sur l'abdomen, atteignent aussi les bras et les avant-bras, la face et particulièrement le front, respectent les mains et les membres inférieurs. La peau qui sépare les éléments est de couleur normale.

Cette éruption est constituée d'éléments qui ont les caractères suivants :

- ils ont une forme arrondie, nettement circonscrits, bien limités;

- leur dimension est intermédiaire entre la petite lentille et le grain de mil, tous d'une taille à peu près identique;

- leur coloration est d'un rouge terne;

- ils sont nettement saillants au-dessus de la surface cutanée;

- leur consistance est ferme; ce sont des éléments bien infiltrés ayant du corps, nettement perceptibles à la palpation ;

- ces éléments sont recouverts d'une fine squame;

- beaucoup de ces éléments sont centrés par un poil et correspondent à un orifice pilo-sébacé.

Au front, la dimension de ces éléments est plus grande, leur consistance plus ferme. Ils ressemblent beaucoup plus nettement, à ce niveau, à des syphylides banales.

L'examen des muqueuses montre :

— au niveau de la bouche : un léger exsudat blanchâtre recouvrant une amygdale; par ailleurs la muqueuse pharyngienne est rouge, la langue est normale;

— au niveau des muqueuses génitales, l'examen systématique révèle une érosion de un centimètre de diamètre environ, rouge, de forme ovale, non indurée, non douloureuse, siégeant sur la face interne de la petite lèvre gauche.

Il n'existe pas d'adénopathie ni inguinale, ni épitrochléenne, ni occipitale.

L'examen général n'a rien révélé par ailleurs, la rate n'est pas grosse, il n'y a pas d'alopecie. Le cœur, les poumons sont normaux cliniquement et radioscopiquement; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Après les examens de laboratoire que nous verrons ultérieurement, la malade est mise au traitement mixte arséno-bismuthique. Dès la deuxième injection de Novar, les cuisses, jusque-là indemnes, ont été atteintes par l'éruption; les éléments étaient plus petits qu'ailleurs, véritablement miliaires et plus rouges. Les jours suivants, l'éruption devint d'une couleur plus terne. Elle commença à s'effacer au niveau du visage, de l'abdomen et des cuisses. Lorsque la malade sortit, le 28 novembre, il ne persistait plus que quelques éléments au niveau du dos où l'éruption avait toujours dominé. Elle avait reçu à cette date cinq injections de Novar et cinq Muthanol.

Les *examens de laboratoire* qui ont été pratiqués furent les suivants :

1° la recherche des tréponèmes à l'ultra-microscope dans la sérosité recueillie au niveau de l'érosion vulvaire fut positive;

2° l'examen du sang montre une sérologie fortement positive Hecht et Meinicke = 0;

3° une biopsie fut pratiquée au niveau d'un élément du dos. L'interprétation due à M. Bolgert est la suivante : aspect légèrement plissé de la surface de la coupe; hyperkératose avec ébauche de cônes cornés déprimant l'épiderme; ce dernier est d'épaisseur inégale avec allongement irrégulier des crêtes interpapillaires. La lésion dermique est relativement limitée, de forme triangulaire, avec œdème du corps papillaire et augmentation des cellules fixes qui prennent souvent un aspect plasmocytaire. En outre, infiltrat cellulaire plus dense périvasculaire, débordant de part et d'autre la lésion principale et formée presque uniquement de plasmocytes; les vaisseaux ont une paroi légèrement épaissie.

4° Enfin, grâce à l'obligeance de M. Molinedo, nous avons pu mettre en évidence les spirochètes et les granules spirochétogènes au niveau des lésions.

La technique employée est calquée sur la technique des ponctions ganglionnaires décrite par le professeur GOUGEROT et P. BLUM : au niveau des lésions, on pratique une injection intra-dermique de 1 cm³ d'eau distillée stérile, la sérosité ainsi obtenue par ponction est placée dans une boîte de Piétri stérile,

on prélève une goutte de la solution mère que l'on dilue dans une goutte d'eau distillée, puis une goutte de cette solution mère dans deux gouttes d'eau distillée, et ainsi de suite de façon à obtenir quatre à cinq dilutions progressives.

A l'aide d'une fine pipette, on dispose respectivement sur des lames très propres une série de gouttelettes de la première dilution, puis sur une autre lame des gouttelettes de la deuxième solution et ainsi de suite. L'excès de liquide est réaspiré et les lames humides sont fixées par les vapeurs d'acide osmique à 2 %. Après dessiccation et lavage à l'alcool absolu, les frottis sont imprégnés suivant la méthode de P. Seguin (mordançage avec la solution de Van Ermengen, nitratisation à l'argent, virage au chlorure d'or et au chlorure de platine).

Les résultats dans notre observation ont été les suivants :

1° L'examen au fond noir de la sérosité non diluée n'a montré qu'un seul tréponème pour 70 champs.

2° L'examen des frottis traités par la méthode de Seguin a mis en évidence des tréponèmes typiques peu nombreux et des granules spirochétogènes caractéristiques.

La malade ne vint pas poursuivre son traitement au Dispensaire, comme il lui avait été ordonné. Nous pûmes cependant la retrouver deux mois plus tard à l'Hôpital Saint-Lazare, où elle avait été hospitalisée dans le service du docteur RABUT. A son entrée dans

ce service, le 18 janvier 1943, elle présentait des lésions de gale et de phtyriase, mais aucun signe de syphilis en évolution. Malgré le traitement nettement insuffisant, le Hecht et le Meinicke étaient **devenus** normaux (H8, M8). Le traitement arséno-bismuthique fut alors repris.

COMPARAISONS

AVEC LA DESCRIPTION DE FOURNIER

Cette observation correspond à la définition des syphilides papulo-granuleuses de FOURNIER, qui en donne les caractères suivants comme essentiels :

1° *Leurs petites dimensions* : « Dans la syphilis lenticulaire, les papules pouvaient comme dimension être comparées à de grandes lentilles ; ici, au contraire, les éléments éruptifs ne sont assimilables qu'à une tête d'épingle, tout au plus à une petite lentille. »

2° *Le fait que ces éléments sont convexes, saillants* : « Dans la syphilis lenticulaire, on avait affaire à des papules aplaties en plateau. Ici, les papules sont plus ramassées, plus globuleuses, se présentent convexes, saillantes, comparables à une tête d'épingle, à un grain de millet, à un grain de plomb dont la moitié serait enchassée dans la peau, l'autre moitié faisant relief à l'extérieur. Elles sont, comme on dit en langage technique : papulo-granuleuses. »

3° Ce sont « des *papules circulaires* et même très nettement circulaires. »

4° Ce sont « des papules à sommets squamelleux ou squameux parfois même couronnés d'une minuscule croutelle ».

5° Ce sont « des *papules rénitentes* sous le doigt ayant du corps ».

6° Autre caractère : le *degré de confluence*. « Règle générale : la syphilis papulo-granuleuse est infiniment plus confluyente que la syphilis lenticulaire, ce qui naturellement confère aux deux éruptions des physionomies bien différentes. »

7° Quant au fait que les lésions sont *prurigineuses*, FOURNIER dit « que les syphilides lichenoïdes sont de celles qui dérogent le plus volontiers au fait que les syphilides sont non prurigineuses. On les voit parfois s'accompagner de démangeaisons plus ou moins accentuées, légères ou moyennes, susceptibles toutefois d'atteindre une haute intensité ».

8° Dernier caractère que donne FOURNIER, c'est la ténacité, la *résistance au traitement* : « Cette variété de syphilide est généralement assez tenace. La règle est qu'elle se montre plus ou moins indocile à l'action du mercure, qui n'en vient à bout que lentement et péniblement. Il n'est pas rare qu'elle dure plusieurs mois, voire davantage. » Ce caractère manque actuellement, où nous avons des thérapeutiques plus actives que le mercure ; malgré un traitement insuffisant, l'éruption disparaît en moins d'un mois.

En résumé, notre observation correspond point par point à la description de FOURNIER, à ces syphilides papulo-granuleuses appelées aussi syphilides papuleuses miliaires, syphilides lichenoides, lichen syphilitique. Et ces synonymes variés pour désigner la même lésion, montrent les difficultés diagnostiques qu'elles présentent et que nous allons étudier maintenant.

LE DIAGNOSTIC DES SYPHYLIDES PAPULO-GRANULEUSES

Le diagnostic des syphilides papulo-granuleuses se pose essentiellement avec :

le lichen plan ;

le lichen scrofulosorum ;

les eczématides folliculaires.

1° Le diagnostic avec le *lichen plan* présente souvent des difficultés, car il réalise comme les syphilides papulo-granuleuses une éruption disséminée, éparpillée, constituée par une multitude de papules de dimensions exigües, arrondies, rosées, pauvrement squameuses. La localisation est la même, et le prurit n'est pas un élément de diagnostic, car il peut exister dans les deux cas. On se basera :

a) Sur *certain*s caractères des papules :

— les papules syphilitiques sont plus régulièrement circulaires de contour, plus saillantes, plus squameuses de surface, plus résistantes sous le doigt en raison de leur infiltration accentuée ;

— les *papules du lichen-plan*, au contraire, sont plates, aplaties en plateau, irrégulières de contour, souvent angulaires et polygonales par contiguité et pression réciproque, initialement lisses, unies à épiderme intact, plus tard légèrement squamelleuses par brisure de l'épiderme, peu rénitentes « sans corps » ; surtout elles sont brillantes, miroitantes, tout à fait remarquables par cet aspect reluisant qu'on a comparé à de la cire, à de la corne.

b) Sur le fait que les papules de lichen-plan ont tendance à perdre leur individualité, à se *grouper en placards*, ayant un aspect quadrillé, donnant à l'œil l'impression d'un carrelage ou d'une mosaïque.

c) Sur les caractères des *maculatures terminales* qui :

— dans la syphilis sont non constantes, envahissant toute l'éruption d'un seul coup ;

— dans le lichen-plan sont constantes, envahissant l'éruption d'une façon successive et l'envahissant par districts, d'où comme conséquence un aspect polymorphe de l'exanthème qui, un moment donné, se présente en partie sous forme de macules brunâtres, tandis que l'autre partie reste encore à l'état de papules rosées.

d) Sur les données de l'*examen histologique* qui, en cas de doute, montrera dans le lichen-plan une papule élargie en coupole avec acanthose et granulo-se, et infiltrat diffus du corps papillaire.

e) Enfin, les autres *sympômes de la syphilis secondaire* seront un des gros arguments du diagnostic. La

trace du chancre, l'adénopathie, seront recherchées. MILIAN insiste sur l'alopecie et les syphilides pigmentaires qui sont contemporaines de ces syphilides papulo-granuleuses déjà un peu tardives dans la période secondaire.

f) Les *réactions sérologiques* seront d'un appoint capital pour le diagnostic, avec ce correctif que si elles sont négatives elles permettent d'éliminer le diagnostic de syphilides secondaires, mais si elles sont positives ne permettent pas à coup sûr de l'affirmer, car il peut s'agir de lichen-plan ou de lichen scrofulosorum chez un syphilitique.

2° Le diagnostic avec le *lichen scrofulosorum* présente autant de difficultés.

Il est formé de petites papules d'aspect identique, parfois acuminées, parfois aplaties, siégeant au niveau des orifices pilo-sébacées et souvent centrées par un poil. Ces papules sont soit isolées, séparées par des intervalles de peau saine, soit confluentes formant des plaques jaune chamois. L'éruption siège sur le tronc et l'abdomen, atteignant rarement la face.

Le lichen scrofulosorum se distingue des syphilides papulo-granuleuses par quelques nuances cliniques :

— il se voit surtout chez l'enfant, l'adolescent et surtout chez les sujets entachés de « lymphatisme », voire de tuberculose ;

— l'éruption est plus terne, moins rouge ;

— les éléments ne sont pas confluents, ils forment des placards isolés répartis irrégulièrement sur le tronc et les membres ;

— l'éruption n'est pas prurigineuse ;
mais tous ces caractères sont inconstants.

L'histologie peut fournir des arguments lorsqu'elle révèle un infiltrat formé de cellules géantes soit simplement ébauchées, soit complètes avec une belle couronne de noyaux, mais souvent ne montre qu'un infiltrat périfolliculaire banal.

D'ailleurs, pour beaucoup d'auteurs, les syphilides lichénoïdes ne diffèrent pas d'un lichen scrofulosorum sorti par l'infection syphilitique.

Nous verrons ultérieurement cette discussion pathogénique.

3° *Les eczématides folliculaires* sont le troisième diagnostic qui pouvait se discuter devant notre malade. C'est même celui qu'on avait tendance à faire au premier coup d'œil chez notre malade. Elles se distinguent des syphilides papulo-granuleuses par les caractères suivants :

— elles sont irrégulièrement arrondies ; elles siègent de préférence sur les régions présternale et interscapulaire. Elles s'associent souvent à d'autres eczématides. Mais surtout le caractère capital et suffisant pour le diagnostic, c'est que leur base est non infiltrée, bien souple.

En cas de doute, le diagnostic sera assuré :

— par les réactions sérologiques ;

— par l'examen histologique dans les cas douteux, qui montrera dans ces eczématides des foyers de spongiose caractéristiques.

Quant aux autres diagnostics, ils s'en distinguent plus facilement :

— l'*acné* se discute surtout dans les syphilides acnéiformes pustuleuses ;

— la *kératose pilaire* simple a des éléments plus petits ;

-- le *ptyriasis* rubra-pilaire, même atypique, a des localisations particulières sur le dos de la main, aux genoux, au visage ; il est plus sec, plus corné ;

— le *parapsoriasis lichenoidé*, affection très rare, a des papules devenant vite violacées, laissant une macule atrophique, dont la répartition est différente de celle des syphilides.

PATHOGÉNIE DES SYPHILIDES PAPULO-GRANULEUSES

La disposition des syphilides selon ce mode particulier a fait incriminer des causes locales et des causes générales.

1° *Les causes locales :*

Deux états de la peau ont été signalés comme favorisant le type éruptif :

la kératose piliaire ;

la séborrhée.

C'est l'avis de BROcq, de DARIER : « C'est un fait bien connu que ces formes de syphilides miliaires sont toujours greffées sur une kératose piliaire pré-existante. »

2° *Les causes générales* ont été discutées :

— le mauvais état général, l'affaiblissement du terrain a été incriminé par KAPOSI, qui voit ces formes fréquemment chez des cachectiques. Si notre malade était loin d'être cachectique, elle avait mai-

gri de 6 kilos sous l'influence des privations actuelles, et peut-être cette cause est-elle à retenir.

Mais c'est surtout la *tuberculose*, dont l'association à la syphilis a été considérée comme la cause de ces syphilides papulo-granuleuses. Pour MILIAN, nous avons vu que ces syphilides sont du lichen scrofulosorum sorti par la syphilis. « Le bacille tuberculeux qui sommeille dans un coin retiré de l'organisme (ganglion, lésion crétacée pulmonaire) est mobilisé par l'infection syphilitique (biotropisme microbien). » Il s'appuie :

— sur des *arguments cliniques*, autres stigmates de tuberculose, antécédents de tuberculose (pleurésie, tuberculose torpide) ;

— sur des *arguments histologiques*. MILIAN aurait vu, dans des coupes de syphilides folliculaires, à côté de lésions de nature nettement syphilitique, des lésions faisant penser à la tuberculose, des infiltrats périfolliculaires et dermiques composés de cellules épithélioïdes de cellules géantes.

Chez notre malade, nous n'avons trouvé aucun stigmate de tuberculose, ni évolutive, ni ancienne ; la biopsie n'a révélé aucune lésion évoquant la tuberculose.

De plus, la mise en évidence de spirochètes et de granules spirochétogènes prouvent la nature syphilitique des lésions et montre qu'il ne s'agit pas de lésions sorties par biotropisme.

Cette discussion pathogénique n'a pas seulement une valeur théorique, car les partisans du rôle de la

tuberculose ont proposé dans ces cas la chrysothérapie. Pour notre part, nous restons fidèles à la thérapeutique classique par le traitement mixte : arsenic, bismuth.

CONCLUSIONS

Cette observation d'un cas assez rare de syphilide papulo-granuleuse nous a permis d'étudier cette forme au triple point de vue :

clinique,
histologique,
et bactériologique.

— Au point de vue *clinique*, nous avons analysé les caractères dominants qu'en donne FOURNIER :

la petite taille des éléments,
leur caractère saillant,
leur tendance à la confluence,
le prurit qui les accompagne fréquemment.

— Au point de vue *histologique*, nous avons pu mettre en évidence l'infiltrat plasmocytaire dermique dont la forme triangulaire et les lésions de capillarité qui l'accompagnent montrent bien l'origine vasculaire.

— Au point de vue *bactériologique*, nous avons pu mettre en évidence au niveau des lésions des spirochètes et des granules spirochétogènes, qui, pour certains, seraient la forme de résistance des spirochètes.

Cette observation nous a permis de passer en revue les différents diagnostics qu'elle fait poser :

- le lichen plan,
- le lichen scrofulosorum,
- les eczématides folliculaires.

Nous avons pu montrer dans cet exposé que cette forme est d'un diagnostic difficile, et que non seulement les examens sérologiques, mais la biopsie, étaient d'un utile secours.

Enfin, cette observation nous a fait discuter les différentes pathogénies qui avaient été proposées pour expliquer cette forme particulière de syphilide :

Si les causes locales, la prédisposition cutanée du sujet ne peuvent être niées, il n'en est pas de même des causes générales et en particulier la tuberculose. La théorie qui fait de cette forme de syphilide une réaction biotropique de la peau, ne cadre pas avec le fait que nous avons trouvé des spirochètes et des granules spirochétogènes au niveau des lésions. Et pour cette raison, nous estimons que cette syphilide est une lésion *purement syphilitique*.

VU : *Le Doyen*,
A. BAUDOUIN.

VU : *Le Président de Thèse*,
GOUGEROT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- BONNET. — Les syphilides syphilico-tuberculeuses (*Lyon Médical*, 8 et 15 nov. 1931, p. 533 et 569).
- DARIER. — Précis de Dermatologie.
- A l'occasion d'une présentation de MM. GAUTHIER et LOUSTE (*Société de Dermatologie*, 2 mars 1905).
- FOURNIER. — Traité de la Syphilis, tome I, p. 305.
- GOUGEROT. — Le traitement de la syphilis en clientèle, p. 216.
- et BLUM. — *Paris Médical*, 1^{er} mai 1930, n° 7.
- GATE, MICHEL et RACOU DOT. — Syphilis secondaire polymorphe chez une femme éthilique âgée (*Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, avril 1937, n° 4, p. 505).
- KÁPOSI. — Leçon sur les maladies de la peau. (Traduction de BERNIER et DOYON, p. 578.)
- MILIAN. — Les syphilides secondaires syphilico-tuberculeuses (*Revue Française de Dermatologie et Vénérologie*, mars 1933).
- La syphilis secondaire, in *Nouvelle Pratique Dermatologique*, tome II, p. 823 à 829.
- L'Hétérothérapie (*Paris Médical*, 6 novembre 1920, p. 337).

- Prurit et Syphilis (*Revue Française de Dermatologie et Vénérologie*, novembre 1938, tome XIV).
- PAUTRIER. — Lichen plan, in *Nouvelle Pratique Dermatologique*, tome VII, p. 435.
- Lichen scrofulosorum, in *Nouvelle Pratique Dermatologique*, tome III, p. 605.
- CLÉMENT SIMON et MOLINEDO. — Présence dans les adénites primaires syphilitiques de forme minuscule du tréponème pâle muni d'un filament terminal, présence constatée avant l'apparition de formes typiques spiralées et après la disparition de celles-ci (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, n° 9, déc. 1937).
- Diagnostic de la syphilis par la recherche du granule spirochétogène (*Presse Médicale*, n° 46, 21 mai 1940).
- Le granule spirochétogène dans les gommés syphilitiques cutanées (*Pr. Méd.* n° 37, 29 avril 1940).
- SÉZARY. — Les eczématides folliculaires, in *Nouvelle Pratique Dermatologique*, tome V, p. 144).
- SÉZARY, BOLGERT, CUVEREAUX et MOLINEDO. — Les syphilides papulo-granuleuses de FOURNIER (Communication à la *Société de Dermatologie*, 10 décembre 1942).
- TOURAINE. — Les syphilides lichénoïdes, in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Dermatologie, tome II, p. 12.

Imp. de Persan (S.-O.), 80, av. Wilson - Tél. 49

